

Atendimento: 1206642 - JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA Lote: 1426711 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115
Guia.....: Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira...: 367932 Validade.: 31/12/2022 Titular...: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
: TOMMASO CAMPANELLA

Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
04/05/2022	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
04/05/2022	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTA ATO KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						95,64



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 4053550

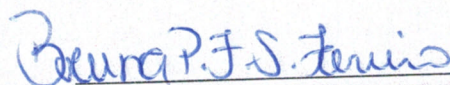
Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data da Validade da Sentença		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		10 - Nome JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
8 - Número da Carteira 367932		9 - Validade da Carteira 31/12/2022		13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		15 - Nome do Profissional Solicitante KARLA MULLER CARVALHO	
16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 14115		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 04/05/2022		23 - Indicação Clínica BOLADA EM POLEGAR DIR DIA 28/04/22. VEIO AO PLANTAO DIA 29/04. SEM QUEIXAS DE DOR.		27 - Qt Solic. 28 - Qt Autoriz.			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		31 - Código CNES 3005585					
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 04/05/2022 10:03 10:03 2 04/05/2022 10:56 10:56		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE RX - MAO OU QUIRODACTILO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 65.00 65.00 001 30.64 30.64			
48 - Sq. Ref.		49 - Gr. Part		50 - Cód na operadora / CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof	
53 - Data de Realização de Procedimentos em Série		54 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		55 - Assinatura do Contratado		56 - Assinatura do Responsável pela Autorização		57 - Assinatura do Responsável	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 95.64		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 95.64		66 - Assinatura do Contratado		67 - Assinatura do Responsável	

AMBULATORIO
AMBULATORIOSLILIANE.SIMOE
04/05/2022 10:03:39

Atendimento: 1206642 Data do Atendimento: 04/05/2022
Prontuário: 977392 Nome: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 27/05/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: TOMMASO CAMPANELLA Numero 62 CEP: 82700460
Bairro: BARREIRINHA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367932
Médico: KARLA MULLER CARVALHO CRM: 14115
Responsável: Parentesco:

- 1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.
- 2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência do(a) paciente, plena e total responsabilidade, na condição de devedor solidário e principal pagador dos depósitos e despesas gerais do atendimento, inclusive serviços e medicamentos fornecidos por terceiros, necessários ao referido tratamento, desde que **NÃO** cobertos pelo convênio, independente do motivo.
- 3 - Autorizo(a) a prestação de serviços hospitalares pelo **HXV**, bem como de serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras referenciadas (corpo clínico, laboratório, fisioterapia, anestesia, banco de sangue, exames de imagens, nutrição, OPME etc.), ao(a) paciente supra-qualificado(a), fica, portanto, o **HXV**, expressamente autorizado a executar por si, ou por terceiros especializados, todos os procedimentos, diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável, ou por outro(s) profissional(s) da equipe médica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do(a) paciente, até sua saída do hospital.
- 4 - Declaro estar ciente e concordar que o **HXV** não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences, porventura, deixados em seus aposentos.
- 5 - O pagamento da(s) despesa(s) hospitalar(es) poderá(ão) ser feito à vista, ou mediante emissão de boleto bancário, ou cheque, ou cartão de débito/crédito.
- 5.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.
- 6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.
- 7 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de débito/crédito, acarretará não só no registro/inclusão do(a) paciente e/ou Responsável Legal no Serviço Central de Proteção ao Crédito (**SCPC**), **SERASA**, ou qualquer outro serviço de proteção ao crédito, como também na **cobrança judicial** acrescida de multa moratória prevista em Lei, além de juros legais e correção monetária, de acordo com o **IGP-M/FGV**.
- 8 - Declaro ter pleno conhecimento de que o **HXV**, não é conveniado ao **Sistema Único de Saúde (SUS)**, nem ao **Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**.
- 9 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.
- 10 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.



Paciente e/ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: João Gabriel Felix Ferreira
Nº da Carteirinha: 3.6.7932
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 27/05/2008

Nº da Guia: 5955.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
29/04/2022	11:36:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno se machucou na aula, porém não procurou atendimento na hora mãe entrou em contato comunicando relatou que teve inchaço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Elían (Coordenador)	(41) 3051-8620

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV Ltda	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000

Motivo do Retorno

Ass.:

Elían Kelvin dos Santos

Bruma P.F.S. Ferraro.

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1206642 **Prontuário:** 977392 **SAME:** **Hora Atend:** 10:03 **Data Atend:** 04/05/2022
Paciente..... : JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA **Idade:** 13 a
Endereço..... : TOMMASO CAMPANELLA
Bairro..... : BARREIRINHA **UF..:** PR **CEP:** 82700460
Cidade..... : CURITIBA **Plano...:** UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S625 - FRATURA DO POLEGAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 04/05/2022 **Hora Saída :** 11:52
Prestador da Evolução Médica: 65 **KARLA MULLER CARVALHO**

HDA

BOLADA EM POLEGAR DIR DIA 28/04/22. VEIO AO PLANTÃO DIA 29/04.
SEM QUEIXAS DE DOR.

EXAME FISICO

EDEMA MODERADO
SEM DOR À PALP

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRAT DE POLEGAR

TRATAMENTO

TALA COMERCIAL ENGLOBANDO POLEGAR 1M
RX NO RETORNO

Dra. Karla Müller
Ortopedia
CRM-PR 14115

KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1367856 DATA: 04/05/2022 10:55
USUÁRIO.....: KARLA.CARVALHO
ATENDIMENTO: 1206642 DT NASC: 27/05/2008 (13A 11M 8D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 977392 - JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/05/2022 10:03 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: KARLA MULLER CARVALHO
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: SERVIÇO:
CID.....: S625 FRATURA DO POLEGAR COBERTURA:
DIAGNÓSTICO: CICLO...: 1/
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1206642

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					
Obs.: POLEGAR DIR AP;P						

KARLA MULLER CARVALHO
CRM: 14115

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1206642
Pedido.....: 873961
Paciente.....: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: KARLA MULLER CARVALHO
Data do Exame.: 04/05/2022

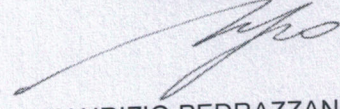
RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura da falange proximal do polegar.

11 de Maio de 2022



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779